

ຄໍາຮ້ອງຂໍເອົາອາຫານຈຳເປັນ Basic Food Application

ຖ້າທ່ານຕ້ອງການຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອນໍາການອ່ານ ຫລື ຂຽນປະກອບຝອມໃບນີ້, ກະຊຽນວ່າໃຫ້ພວກເຮົາຊ່ວຍ.



ຫັກພະຈິາຈະຮ້ອງຂໍເອົາການຊ່ວຍເຫຼືອໄດ້ແນວໃດ?

- ເພື່ອຈະ **ຮັດໃຫ້ແລ້ວ** ຄໍາຮ້ອງຂໍຂອງທ່ານ, ຂຽນປະກອບນັ້ນ 2 ຫາ 4. ທ່ານສາມາດເລີ່ມຕົ້ນຄໍາຮ້ອງຂໍຂອງທ່ານໃນນີ້ໄດ້ການເອົາໃຫ້ຊື່ຂອງທ່ານ, ທີ່ຢູ່, ແລະ ລາຍເຊັນຂອງທ່ານ ຫລື ລາຍເຊັນຂອງຜູ້ຕາງໜັນທີ່ທີ່ກອະນຸມາດຂອງທ່ານ.
- ເຕີໄປ, ແພກຊື່, ຫລື ສົ່ງຄໍາຮ້ອງໄປຫາຫ້ອງການບໍລິການອຸນນຸມເຊີນ (CSO) ຖ້ອງຖິ່ນຂອງທ່ານ ຫລື ເອົາໃຫ້ຜູ້ຮັບຫມີລົງຜົນຖານຜູ້ທີ່ໄດ້ຊ່ວຍເຫຼືອທ່ານ. ເກັບຮັກສານນັ້ນ 1 ແລະ 2 ວິເປັນບັນທຶກຂອງທ່ານ.
- ທ່ານຈະໄດ້ຮັບການຊ່ວຍເຫຼືອລາຍກວ່າ ຫລື ໄວກວ່າຖ້າຫາກວ່າທ່ານເອົາໃຫ້ພວກເຮົາໃບຄໍາຮ້ອງທີ່ທີ່ກອງປະກອບແລ້ວຂອງທ່ານ ແລະ ຮາບຮອງດອື່ນໆງູ້ກູງຢ່າງທີ່ພວກເຮົາຂໍເອົາໄດ້ຢ່າງເທົ່າທີ່ທ່ານສາມາດຮັດໄດ້. ພວກເຮົາບໍ່ຈະແລກປ່ຽນຮາຍຮອງດອນນັ້ນນຳເຈົ້ານັ້ນທີ່ຂອງຮັດຖະບານກາງ ແລະ ຂອງຮັດອີກຄືກັນ.

ຫັກພະຈິາຈະສາມາດໄດ້ຮັບຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອນໍາມໍາອາຫານໄດ້ໄວ້ທີ່ໃດ?

ຖ້າຫາກວ່າທ່ານປາກໄດ້ການຊ່ວຍເຫຼືອອາຫານໄດ້ຍັນທີ່ໄລດ, ຂຽນປະກອບຄໍາຖານ 1 ຮອດ 14 ຢູ່ນັ້ນ 3 ແລະ ເອົາຝອມໃບນີ້ໄປຫາຫ້ອງການ CSO ຖ້ອງຖິ່ນຂອງທ່ານ. ພວກເຮົາຕັດສິນວ່າທ່ານມີເງື່ອນໄຂເຊື້ອຮັບການຊ່ວຍເຫຼືອອາຫານ ຫລື ບໍ່ ພາຍໃນ 7 ວັນ ຖ້າຫາກວ່າທ່ານສະແດງໃຫ້ເຕັ້ນທັກຖານຂອງບັນປະຈຳຕົວຂອງທ່ານ ແລະ ສອດຄ່ອງນຳ ແນວນນີ້ຂອງສື່ງຕໍ່ລົງໄປນີ້:

- ຄອບຄົວຂອງທ່ານນີ້ວາຍໄດ້ທັງໝົດຕໍ່ກວ່າ \$150 ແລະ ຊັບສິນບັດທີ່ໃຊ້ໄດ້ໄລດຕໍ່ກວ່າ \$100 ໃນເດືອນນີ້.
- ຮາບໄດ້ ແລະ ຊັບສິນບັດຂອງຄອບຄົວຂອງທ່ານຕໍ່ກວ່າຄ່າເຊົ່າເຮືອນ ແລະ ອ່ານ້າຄ່າໄຟປະຈຳເດືອນຂອງທ່ານ.
- ຄອບຄົວຂອງທ່ານລວມເອົາຄົນເຄື່ອນທີ່ຂາດແຄນ ຫລື ຄົນຮັດຝາມຕາມຮຸກການ.

ການຊ່ວຍເຫຼືອໄດ້ທຶນເບີກອອກໃຫ້ໃນວັນທັງຈາກທີ່ພວກເຮົາຕັດສິນວ່າທ່ານມີເງື່ອນໄຂໄດ້ຮັບ. ການຊ່ວຍເຫຼືອອາຫານຕາມປົກກະຕິແລ້ວເລີ່ມຕົ້ນໃນວັນທີພວກເຮົາໄດ້ຮັບຄໍາຮ້ອງຂໍຂອງທ່ານ.

ສິດທິພິລເນື້ອງ

ໂດຍອີງຕາມກົດໝາຍຂອງຮັດຖະບານກາງ ແລະ ນະໄຍບາຍຂອງກົມກະສິກັນຂອງ U.S. (USDA) ແລະ ກົມສາທາຮະນະສຸກ ແລະ ບໍລິການສັງຄົມ (HHS), ສະຖາບັນອັນນີ້ໄດ້ທຶນເບີກຫຼາຍຕໍ່ກົມກະສິກັນຂຶ້ນວັນນະອີງເສັ້ນຖານຂອງຜົນ, ສີສັນ, ເຊື້ອຊາດດັ່ງຕົ້ນ, ແຜ, ອາຍຸ, ຫລື ຄວາມເສັ້ນອີງລະ. ພາຍໄຕກົດໝາຍ Food Stamp Act ແລະ ນະໄຍບາຍຂອງ USDA, ການແບ່ງແນຍກົມກະສິກັນຂຶ້ນວັນນະໄດ້ທຶນຫຼາຍຕໍ່ກົມກະສິກັນໄດ້ຍາການອີງເສັ້ນຖານຂອງສາສະນາ ຫລື ຄວາມເຊື່ອຕື່ຖາງດ້ານການເນື້ອງ. ເພື່ອຈະບັນຄໍາຮ້ອງທຸກກ່ຽວຂ້ອງກັບການແບ່ງແນຍກົມກະສິກັນຂຶ້ນວັນນະ, ຕິດຕໍ່ຫາ USDA ຫລື HHS. ຂຽນຫາ USDA, Director, Office of Civil Rights, 1400 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20250-9410 ຫລື ໄທຫາ (202) 720-5964 ສຽງເວົ້າ ແລະ TDD. ຂຽນຫາ HHS, Director, Office for Civil Rights, Room 506-F, 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20201 ຫລື ໄທຫາ (202) 619-0403 (ສຽງເວົ້າ) ຫລື (202) 619-3257 (TTY). USDA ແລະ HHS ເປັນຜູ້ໃຫ້ການບໍລິການ ແລະ ນາຍັງໃຫ້ໂຄກເທົ່າທຽມກັນ.,

ຄວາມລັບສ່ວນຕົວ ແລະ ການຊ່ວຍເຫຼືອອາຫານ

ກົດໝາຍ Food and Nutrition Act of 2008, ຕາມທີ່ຖືກັດແປງ, ອະນຸຍາດໃຫ້ກົມທີ່ຈະຕັ້ງກຳໃຫ້ຮາບຮະອຽດທີ່ພວກເຮົາຮັບຮ້ອງຢູ່ໃນຄໍາຮ້ອງນີ້, ລວມທັງເລກ SSN ສໍາລັບສະມາຊຸກຄົວຕະລະຄົນ. ການເວົາຮາຍຮະອຽດທີ່ຖືກຮັບຮ້ອງຂໍເຕີໃຫ້ແມ່ນຕາມສະນັກໃຈ. ເຖິງຢ່າງໃດກັນ, ຄວາມຜິດພາດທີ່ຈະເວົາເລກ SSN ຫີ້ ຫລື ຫ້າງກັນຂອງຄໍາຮ້ອງຂໍເອົາເລກ SSN ໂດຍປາສຈາກເຫດຜົນດີຈະເປັນຜົນຕັ້ງການປະຕິເສດໃນການຊ່ວຍເຫຼືອອາຫານຈຳເປັນຕໍ່ສາມາລູກແຕ່ລະຄົນທີ່ຜິດພາດທີ່ຈະເວົາເລກ SSN ໃຫ້. ພວກເຮົາພື້ນຖານຮະອຽດອັນນັ້ນບໍ່ຢ່າງປ່າຍນຳໄລ້ການທຽບທ່າງຄອມພົວຕີ, ລວມທັງຮັບກິນການພື້ນຖານຮະອຽດໄກ້ ແລະ ເງື່ອນໄຂໄດ້ຮັບຂອງຮັດຖະບານກາງ (IVES).

ພວກເຮົາໃຊ້ຮາຍຮະອຽດອັນນັ້ນເຝື່ອຈະ:	ພວກເຮົາຈະເອົາຮາຍຮະອຽດອັນນັ້ນໃຫ້:
<ul style="list-style-type: none"> ຕັດສິນວ່າໄປຈະມີເງື່ອນໄຂໄດ້ຮັບໃຈ່ງການຂອງພວກເຮົາ. ເກັບເອົາເງິນຈໍາເປັນຂອງການຊ່ວຍເຫຼືອອາຫານ. ຄວບຄຸມກຳກັບໄຄການຂອງພວກເຮົາ. ຮັດໃຫ້ແນວໃຈພວກເຮົາປະຕິບັດຕາມກົດໝາຍ. 	<ul style="list-style-type: none"> ຫ້ອງການຂອງຮັດຖະບານການ ແລະ ຂອງຮັດສໍາລັບກັນໃຫ້ຫາງການ. ຫ້ອງການເຈົ້ານັ້ນທີ່ຕ່າງອົດຕິການຫາຄົນຜູ້ທີ່ແລ້ນນີ້ເຝື່ອຈະຫຼືກເວົ້າວິການ. ຫ້ອງການເກັບເງິນເອກຂົນເຝື່ອຈະຕັ້ງກຳໃຫ້ຂອງການຊ່ວຍເຫຼືອອາຫານ.

ຄໍາຕົ້ນກ່ຽວກັບການປັບໃຫມລົງໄທດຂອງການຊ່ວຍເຫຼືອອາຫານ

ພວກເຮົາຈະສື່ງຮາຍຮະອຽດກ່ຽວກັບບຸກຄົນຜູ້ທີ່ຮັບຮ້ອງຂໍເອົາການຊ່ວຍເຫຼືອອາຫານໃຫ້ຫ້ອງການຂອງຮັດຖະບານກາງບ່ອນເຝື່ອຈະການເບີງວ່າຮາຍຮະອຽດແມ່ນທຶນທີ່. ຖ້າຫາກວ່າຮາຍຮະອຽດແນວນີ້ແມ່ນບໍ່ຖືກຕ້ອງ, ບຸກຄົນຜູ້ທີ່ຮັບຮ້ອງຂໍເຕີຈະບໍ່ໄດ້ຮັບການຊ່ວຍເຫຼືອອາຫານ. ຖ້າຫາກວ່າບຸກຄົນເອົາຮາຍຮະອຽດໃຫ້ທີ່ເຂົ້າເຈົ້າກຳກັບກ່ຽວຂ້ອງກັບການຊ່ວຍເຫຼືອອາຫານໄດ້ຈະຕັດຕະນາ ຈະແຕກຕາງກັນໄປຈາກການນິກົດຕາມກົດໝາຍ.

ຄໍາຮັງຂໍເອົການຊ່ວຍເຫຼືອອາຫານຈຳເປັນ
Basic Food Application



ທ່ານໄສ່ຂອງກົມ້ຕ້າຫາກທ່ານຕ້ອງການຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອໃນການຂຽນປະກອບຝອນໃບນີ້.

1. ຊື່ ຊື່ກາງ ນາມສະກຸນ	ນາມສະກຸນ	ລາຍເຊັນຂອງຜູ້ຮັງຂໍ ຫລື ຜູ້ຕາງໜ້າທີ່ຖືກອະນຸຍາດ (ຕ້ອງນີ້)	2. ເລກ ID ປະຈຳຕົວຂອງລູກຄ້າ (ຫ້າຮັ້ງຈຳ)
3. ທີ່ຢູ່ຖືກນິນບ່ອນທີ່ທ່ານອາສັບຢູ່ ເມືອງ	ເມືອງ	ຮັດ	ຊື່ໃໂຄດ
5. ທີ່ຢູ່ປະສະນີ (ຫ້າແຕກຕ່າງ)	ເມືອງ	ຮັດ	ຊື່ໃໂຄດ
7. ທີ່ຢູ່ວິໄມລ໌			

8. ທ່ານຄາດໝາຍວ່າຄົວເຮືອນຂອງທ່ານຈະໄດ້ຮັບເງິນທີ່ໃດໃນເດືອນນີ້? \$ _____
9. ຄົວເຮືອນຂອງທ່ານມີເງິນເປັນເງິນສິດ ແລະ ໃນບັນຊີທະນາຄານຫລາຍປານໃດ? \$ _____
10. ຄົວເຮືອນຂອງທ່ານຈ່າຍຄ່າເຊົາເຮືອນ ຫລື ຄ່າງວັດເຮືອນທີ່ໃດ? \$ _____
11. ມີຈັກຄົນຢູ່ໃນຄົວເຮືອນຂອງທ່ານທີ່ທ່ານຊື້ ແລະ ຄົວກິນອາຫານເຜື່ອ? \$ _____

FOR OFFICE USE ONLY – Household eligible for expedited service: Yes No Screener's Initials: _____ Date: _____

12. ຂ້າພະເຈົ້າຕ້ອງການສໍາພາດທາງໃຫຮສັບ. ກະຮຸນໄສທ່ານຫຼາຍເຂົ້າພະເຈົ້າໄດ້ທີ່: _____

13. ຂ້າພະເຈົ້າຕ້ອງການນາຍພາສາ. ຂ້າພະເຈົ້າເວົ້າ: _____ ຫລື ພາສາໄປ້;
ແບ່ພາສາຫນັງສືຂອງຂ້າພະເຈົ້າໃຫ້ເປັນ: _____

14. ຂຽນຮູ່ທຸກໆຄົນຢູ່ໃນຄົວເຮືອນຂອງທ່ານໃສ່ເຖິງແມ່ນວ່າທ່ານຈະບໍ່ໄດ້ຂໍເອົາໃຫ້ເອົາເຈົ້າກຳຕາມ (ຕິດຄັດເຈັ້ງແຜ່ມໃສ, ຫ້າຈຳເປັນ):

ຊື່ (ຊື່ຊື່ກາງ, ນາມສະກຸນ)	ເພດ ຊາຍ ຍິງ	ຄົນຜົນ ສັນພັນ ແນວໃດ ນຳທ່ານ?	ວັນເກີດ	ທາມບາຍສີ່ຫ້າ ວ່າທ່ານຕ້ອງ ການການ ຊ່ວຍເຫຼືອ ສໍາລັບຄົນນີ້	ຕາມໃຈສໍາລັບຜູ້ປໍ່ໄດ້ຂໍເອົາ			
					ເລກ ປະກັນພັບ ສັງຄົມ	ທ່ານໄສ ຫ້າປັນ ຄົນສັນ ຊາດU.S.	ຜົນພັນ (ເບິ່ງ ຕົວຢ່າງ ຂ້າງຈຸນ)	ຂໍອງຈຸນເຜົ່າ (ສໍາລັບຄົນອະນຸມື ກັນອືນດຽນ, ຄົນອາ ລາສຳກັດງົດ)
		ຂອຍເອງ		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

15. ເບື້ອງຫລັງຊື່ເຜົ່າຂອງຂ້າພະເຈົ້າແມ່ນຄົນຮີສແບນິກ ຫລື ລາຕິໄນ: ແມ່ນ ບໍ່ແມ່ນ

ຮາຍຮະອຽດເບື້ອງຫລັງກ່ຽວກັບຜົນພັນ ແລະ ອົນເຜົ່າແມ່ນສະນັກໃຈ. ສໍາລັບການຊ່ວຍເຫຼືອອາຫານ, ກົມກະສິກັມ USDA ບໍ່ໃຫ້ພວກ
ເຮົາຕອບໃຫ້ທ່ານຫຼັກກວ່າບໍ່ມີຮາຍຮະອຽດຖືກເຈົ້າ. ຕົວຢ່າງຂອງຜົນພັນ: ຄົນຂາວ, ຄົນດຳ ຫລື ຄົນແອຟຣີກັນອະນຸມືກັນ, ຄົນເອເຊີ່ງ,
ຄົນຮາວຍອຽນດັ່ງຕື່ມ, ຄົນແກະປາອີືີກ, ຄົນອະນຸມືກັນອືນດຽນ, ອາລາສຳກັດງົດຕື່ມ, ຫລື ການປະສົມຜົວພັນຕ່າງໆ.

I. ຮາຍລະອຽດທີ່ໄປ

- ໃນ 30 ວັນຜ່ານມາ, ຂ້າພະເຈົ້າໄດ້ຮັບການຊ່ວຍເຫຼືອອາຫານຈາກຮັດອື່ນ, ອົນເຜົ່າ, ຫລື ບ່ອນອື່ນ. ແມ່ນ ບໍ່ແມ່ນ
- ຂ້າພະເຈົ້າ ຫລື ຄົນໃດຄົນນີ້ຢູ່ໃນຄົວເຮືອນຂອງຂ້າພະເຈົ້າເປັນຄົນຕ່າງໆດ້ວຍທີ່ຖືກຮັບປະກັນເຂົ້າມາ. ແມ່ນ ບໍ່ແມ່ນ ແມ່ນໃເປ: _____
- ຂ້າພະເຈົ້າ ຫລື ຄົນໃດຄົນນີ້ທີ່ຂ້າພະເຈົ້າຮັງຂໍໃຫ້ກ່າລັງໜີຈາກກົດໝາຍເຜື່ອຈະຫລືກວັນໄປສັກ ຫລື ໜ້າຄຸກສໍາລັບອາສຍາກັນໄຫດອາດຍາ.
 ແມ່ນ ບໍ່ແມ່ນ
- ຂ້າພະເຈົ້າອາສັບຢູ່ໃນ: ເຮືອນ ຫລື ຫ້ອງແຖວຂອງຂ້າພະເຈົ້າເອງ ເຮືອນຢູ່ເປັນຫນຸ່ງ ອື່ນງູ່: _____
 ສະຖານທີ່ (ຂຽນບອກຊະນິດ): _____ ວັນທີເຂົ້າໄປ: _____



II. ຮາຍໄດ້ທີ່ຮັດວຽກເອົາ ຄັດຫລັກຖານມານຳ

1. ຂ້າພະເຈົ້າ, ຜົວເມີນຂອງຂ້າພະເຈົ້າ, ຫລື ຄົນໄດ້ຄົນນີ້ທີ່ຂ້າພະເຈົ້າຮ້ອງຂໍໃຫ້ ໄດ້ອອກວຽກພາຍໃນ **60** ວັນຜ່ານມາ:

ແມ່ນ ບໍ່ແມ່ນ

2. ຂ້າພະເຈົ້າ, ຜົວເມີນຂອງຂ້າພະເຈົ້າ, ຫລື ຄົນໄດ້ຄົນນີ້ທີ່ຂ້າພະເຈົ້າຮ້ອງຂໍໃຫ້ ມີມາຍໄດ້ຈາກວຽກ: ແມ່ນ ບໍ່ແມ່ນ
ທ້າແມ່ນ, ກະຮຸນາຂຽນພາກສ່ວນນີ້:

ໃຝຣັດເງິນຮາບໄດ້ອັນນີ້	ຊື່ ແລະ ເລກໂທຮະສັບຂອງນາຍຈ້າງ
ຈຳນວນເງິນທັງໝົດທີ່ໄດ້ຮັບ (ຈຳນວນເງິນກ່ອນພາສີ) \$	ທຸກໆ: <input type="checkbox"/> ຂົງໃນງ <input type="checkbox"/> ອາທິດ <input type="checkbox"/> ສອງອາທິດ <input type="checkbox"/> ສອງເຫຼືອຕໍ່ເດືອນ <input type="checkbox"/> ເດືອນ
ໃຝຣັດເງິນຮາບໄດ້ອັນນີ້	ຊື່ ແລະ ເລກໂທຮະສັບຂອງນາຍຈ້າງ
ຈຳນວນເງິນທັງໝົດທີ່ໄດ້ຮັບ (ຈຳນວນເງິນກ່ອນພາສີ) \$	ທຸກໆ: <input type="checkbox"/> ຂົງໃນງ <input type="checkbox"/> ອາທິດ <input type="checkbox"/> ສອງອາທິດ <input type="checkbox"/> ສອງເຫຼືອຕໍ່ເດືອນ <input type="checkbox"/> ເດືອນ

III. ຮາຍໄດ້ອື່ນໆ (ໃຊ້ສໍາລັບສະມາຊີກອບຄົວທຸກໆຄົນ) ຄັດຫລັກຖານມານຳ

	ໃຝຣັດຮາບໄດ້?	ຈຳນວນເງິນປະຈຳ ເດືອນທັງໝົດ	ໃຝຣັດຮາບໄດ້?	ຈຳນວນເງິນປະຈຳ ເດືອນທັງໝົດ
ເງິນປະກັນພັບສັງຄົມ		\$		\$
ເງິນປະກັນພັບຜັ້ນຕົ້ມ (SSI)		\$		\$
ເງິນບໍ່ຢັ້ງບໍານານ ຫລື ບໍ່ຢັ້ງລົງ		\$		\$
ເງິນນກອົບເກົ່າ (VA) ຫລື ເງິນທະຫານ		\$		\$
ເງິນທາງວິດໄຟ		\$		\$
ເງິນອື່ນໆ: ເຊັ່ນວ່າສິນເຊື່ອ, L&I, ເງິນດອກເບັນ, ເງິນເຊື່ອ, ເງິນຈ່າຍໃຫ້ເປັນປີ, ອື່ນໆ.		\$		\$

IV. ຮາຍຈ່າຍປະຈຳເດືອນ

ຄ່າເຊົ່າເຮືອນ	ຄ່າງວດເຮືອນ	ຄ່າເຊົ່າບ່ອນວ່າງ	ຄ່າທຳນຽນຄອນໄດມີນຽນ
ປະກັນພັບຕ້າຂອງເຮືອນ	ພາສີທີ່ດິນ	ການຕົ້ນຄາທີ່ດິນ	ຄ່າທຳນຽນອື່ນໆ
ບຸກຄົນ ຫລື ອົງການອື່ນ, ເຊັ່ນວ່າກົມເຮືອນຫລວງ, ຂ່ວຍຂ້າພະເຈົ້າຈ່າຍທັງໝົດ ຫລື ສ່ວນນີ້ຂອງຮາຍຈ່າຍເຫຼົ່ານີ້.			<input type="checkbox"/> ແມ່ນ <input type="checkbox"/> ບໍ່ແມ່ນ ທ້າແມ່ນ, ແມ່ນໃຜ:

ຮາຍຈ່າຍອັນໄດ: _____ ຈຳນວນເງິນທີ່ເອົາເຈົ້າຈ່າຍ: \$ _____

ຂ້າພະເຈົ້າ, ຜົວເມີນຂອງຂ້າພະເຈົ້າ, ຫລື ຄົນໄດ້ຄົນນີ້ຢູ່ໃນຄົວເຮືອນຂອງຂ້າພະເຈົ້າຈ່າຍ ຫລື ຄວນຈະຈ່າຍ (ໜມາຍໃສ່ທຸກໆອັນທີ່ກ່ຽວຂ້ອງ):

<input type="checkbox"/> ຄ່າຝາກລູກ ຫລື ຄ່າບੇງແບຍງຄົນຫວັງເຝື່ງ (ລວມທັງຄ່າຂົນສົ່ງໄປມາ)	ຈຳນວນປະຈຳເດືອນ: \$	ໃຜຈ່າຍ:
<input type="checkbox"/> ໃບບິນພະຍາບານສໍາລັບບຸກຄົນທີ່ມີຄວາມ ເລື່ອງອົກ ຫລື ອາບູ 60 + (ລວມທັງຄ່າຂົນ ສົ່ງ ແລະ ຄ່າທຳນຽນປະກັນພັບສູຂະພາບ)	ຈຳນວນປະຈຳເດືອນ: \$	ໃຜຈ່າຍ:
<input type="checkbox"/> ເງິນລັ້ງລູກ	ຈຳນວນປະຈຳເດືອນ: \$	ໃຜຈ່າຍ:

ຖ້າຫາກວ່າທ່ານບໍ່ລາຍງານຮາຍຈ່າຍທີ່ຖືກບໍ່ຢູ່ລາຍງານຢູ່ຂ້າງເທິງນີ້ແນວໃດແນວນີ້ງ, ພວກເຮົາຈະຖືວ່າອັນນີ້ເປັນຄໍາແຈ້ງການໄດ້ຍອບຄົວຂອງທ່ານ
ວ່າທ່ານບໍ່ຢູ່ລາຍງານຮາຍຈ່າຍເຫັນນີ້.

VI. ຜູ້ຕາງໜ້າທີ່ຖືກອະນຸຍາດ

ຜູ້ຕາງໜ້າທີ່ຖືກອະນຸຍາດແມ່ນຄົນໃດຄົນນີ້ທີ່ທ່ານອະນຸຍາດໃຫ້ກົມ DSHS ທີ່ຈະເວົ້າລົມນໍາກ່ຽວກັບການຊ່ວຍເຫຼືອຂອງທ່ານ.
ທ່ານສາມາດບັງຊື່ຄົນໃດຄົນນີ້ໄດ້, ແຕ່ວ່າບໍ່ຕ້ອງຮັດກໍໄດ້.

- | | | |
|--|-------------------------------|----------------------------------|
| ທ່ານນີ້ຜູ້ຕາງໜ້າທີ່ຖືກອະນຸຍາດບໍ່? | <input type="checkbox"/> ແມ່ນ | <input type="checkbox"/> ບໍ່ແມ່ນ |
| ຄົນຜູ້ນີ້ເປັນຜູ້ປຶກຄອງຕາມກົດໝາຍຂອງທ່ານບໍ່? | <input type="checkbox"/> ແມ່ນ | <input type="checkbox"/> ບໍ່ແມ່ນ |
| ຄົນຜູ້ນີ້ມີຈຳນາດຂອງທະນາບຄວາມບໍ່? | <input type="checkbox"/> ແມ່ນ | <input type="checkbox"/> ບໍ່ແມ່ນ |

ຮັດ	ຄວາມສັນພັນ	ເລກໃຫຍ່ຮະສັບ
ທີ່ຢູ່ຖືກນິນ	ເມືອງ	ຮັດ
ທີ່ຢູ່ປະສະນີ (ຫຼາຍແຕກຕ່າງ)	ເມືອງ	ຮັດ

ການແຈ້ງການ ແລະ ລາຍເຊັນ

ຜູ້ຮ້ອງຂໍ ຫລື ຜູ້ຕາງໜ້າທີ່ຖືກອະນຸຍາດຕ້ອງເຊັນຂຶ້ນໄສ່.

ຂ້າພະເຈົ້າເຂົ້າໃຈວ່າຂ້າພະເຈົ້າຕ້ອງ:

- ເອົາຮາຍລະອຽດທີ່ຖືກຕ້ອງໃຫ້ ແລະ ປະຕິບັດຕາມກົດກຳນົດຂອງການລາຍງານ.
- ສົ່ງຫລັກຖານນາໃຫ້ວ່າຂ້າພະເຈົ້າມີເງື່ອນໄຂໄດ້ຮັບ.

ຖ້າທາກວ່າຂ້າພະເຈົ້າບໍ່ຮັດສິ່ງເຫຼົ່ານີ້, ຂ້າພະເຈົ້າຈະຖືກປະຕິເສດໃນການຊ່ວຍເຫຼືອຫລືຈະຕ້ອງໄດ້ຈ່າຍແທນຄືນ.

ຂ້າພະເຈົ້າເຂົ້າໃຈວ່າຂ້າພະເຈົ້າສາມາດຖືກຕັດສິນລົງໄຫດອາດຍາຖ້າທາກວ່າຂ້າພະເຈົ້າຮັດໂດຍເຈົນມາຕັ້ນທີ່ໃຫ້ຄໍາແຈ້ງການທີ່ບໍ່ມີຄວາມຈົງ ຫລື ຜິດພາບບໍ່ລາຍງານສິ່ງໃດສິ່ງນີ້ທີ່ຂ້າພະເຈົ້າຄວນຈະລາຍງານ.

ຂ້າພະເຈົ້າອະນຸຍາດໃຫ້ກົມ DSHS ທີ່ຈະຕິດຕໍ່ຫາບຸກຄົນ ຫລື ອົງການອື່ນເມື່ອຈຳເປັນເຝື້ອຈະຊ່ວຍບ້ານຂ້າພະເຈົ້າອ້າກເອົາຫລັກຖານວ່າຂ້າພະເຈົ້າມີເງື່ອນໄຂໄດ້ຮັບ.

ຂ້າພະເຈົ້າໄດ້ອ່ານ ຫລື ຖືກອະທິບາຍສູ່ຂ້າພະເຈົ້າຝັງສິດທິ ແລະ ຄວາມຮັບຜິດຊອບຂອງຂ້າພະເຈົ້າ ແລະ ໄດ້ຮັບໃບໄກປີຂອງເຝົ້ອມສິດທິ ແລະ ຫນ້າ ທີ່ຮັບຜິດຊອບຂອງລູກຄ້າ, DSHS 14-113. ຂ້າພະເຈົ້າຂໍຢັ້ງຢືນ ແລະ ແຈ້ງວ່າພາຍໃຕ້ການປັບໄຕມົງໄຫດຂອງການເວົ້າເຫັນພາຍໃຕ້ກົດໝາຍຂອງຮັດວໍຊີ່ຕົ້ນວ່າຮາຍລະອຽດທີ່ຂ້າພະເຈົ້າເອົາໃຫ້ຢູ່ໃນຄໍາຮ້ອງໃບນີ້, ລວມທັງຮາຍຮະອຽດກ່ຽວກັບການເປັນສັນຊາດ ແລະ ສະພາບຄົນຕ່າງດ້າວຂອງສະນາຊີກຜູ້ຂໍເອົາການຊ່ວຍເຫຼືອ, ເປັນຄວາມຈົງ ແລະ ຕົກຕ້ອງ.

ລາຍເຊັນຂອງຜູ້ຂໍ	ວັນທີ	ຊື່ຂອງຜູ້ຮ້ອງຂໍຂຽນເປັນຕົວພິມ	ເມືອງ ແລະ ຮັດບ່ອນທີ່ເຊັນຂີ້
ລາຍເຊັນຂອງຜູ້ຂໍຜູ້ໃຫຍ່ອົກຄົນນີ້	ວັນທີ	ຊື່ຂອງຜູ້ຮ້ອງຂໍຂຽນເປັນຕົວພິມ	ເມືອງ ແລະ ຮັດບ່ອນທີ່ເຊັນຂີ້
ລາຍເຊັນຂອງຜູ້ຂໍຫລືຜູ້ຕາງໜ້າ	ວັນທີ	ຊື່ຂອງຜູ້ຮ້ອງຂໍຂຽນເປັນຕົວພິມ	ເມືອງ ແລະ ຮັດບ່ອນທີ່ເຊັນຂີ້
ລາຍເຊັນຂອງພະຍານຖ້າເຊັນຂີ້ເປັນຕົວ “X”	ວັນທີ	ຊື່ຂອງຜູ້ຮ້ອງຂໍຂຽນເປັນຕົວພິມ	ເມືອງ ແລະ ຮັດບ່ອນທີ່ເຊັນຂີ້